



Brennpunkt: Legekode

Metoderapport, SKUP 2019

Bjørn Olav Nordahl, Maria Hasselgård, Espen Andersen

Marie Gjerver, Ole Jørgen Kolstadbråten

Publisert på NRKs plattformer fra mai 2019 til januar 2019

Innhold

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Ideen som startet det hele | 1 |
| 1.2 | En øyeåpner | 2 |
| 1.3 | Kreft og juks i Drammen | 2 |
| 1.4 | Lukten av et større misbruk | 4 |
| 1.5 | En tørr og triviell paragraf | 4 |
| 1.6 | Sykt mye informasjon | 4 |
| 1.7 | Å sladde 90 millioner regninger | 5 |
| 2 | Byggearbeidet | 6 |
| 2.1 | For stort for regneark | 6 |
| 2.2 | Flere datakilder | 7 |
| 3 | Undersøkelsene | 8 |
| 3.1 | Flere gullgruver | 8 |
| 3.2 | Krasj og kontroll | 8 |
| 3.3 | Max Otto peker ut den grådige fjerdedelen | 9 |
| 3.4 | 100 år tilbake i tid | 10 |
| 3.5 | Kollektivt hakeslipp | 12 |
| 3.6 | Innsyn i et skjebnefelleskap | 13 |
| 3.7 | Ikke grovt bedrageri? | 14 |
| 3.8 | Nyttige regnskaper | 14 |
| 3.9 | Mellom flere stoler | 14 |
| 3.10 | Leger på tilbudssiden | 15 |
| 3.10.1 | Populær eller portvokter? | 16 |
| 3.10.2 | Motstand fra tall og legeförening | 17 |
| 3.10.3 | “En svak forståelse av datagrunnlaget” | 17 |
| 3.11 | “Flekk på utskriften” var ekstrem sykemeldingspraksis | 18 |
| 3.11.1 | Sprengte taket | 18 |
| 4 | Konsekvenser | 20 |
| | | |
| Vedlegg | | |
| A | Publiseringsliste | 1 |
| A.1 | Nettsaker | 1 |
| A.2 | Radiosaker | 3 |
| A.3 | TV-saker | 4 |
| B | Nyhetsartikkel, nrk.no 2. mai 2018 | 6 |
| C | XL-artikkel, nrk.no 2. mai 2018 | 9 |
| D | Metodeartikkel på NRKbeta 2. mai 2018 | 23 |
| E | Nyhetsartikkel, nrk.no 3. mai 2018 | 30 |
| F | Nyhetsartikkel, nrk.no 10. november 2018 | 36 |
| G | Nyhetsartikkel, nrk.no 10. januar 2019 | 39 |
| H | Metodebeskrivelse, nrk.no 10. januar 2019 | 44 |
| I | XL-sak, nrk.no 13. januar 2019 | 47 |
| J | Svar på innsynsbeğjering fra NAV, 20. desember 2018 | 73 |
| K | Facebookinnlegg, 10. januar 2019 kl 19:07 | 74 |
| L | Sykemeldinger, databasekjøringer | 75 |
| M | Eksempel på SQL-spørring | 94 |

1 Innledning

Norske sykehus og legekontorer har en kritisk viktig funksjon i samfunnet. Leger, i særdeleshet, har ansvaret for folks liv og helse på vegne av storsamfunnet. For dette arbeidet nyter de også stor tillit i befolkningen. Tilliten har også en økonomisk side: Sykehus og fastleger mottar hvert år mange milliarder kroner i refusjon.

Disse refusjonsordningene er i stor grad basert på at leger og sykehus innrapporterer korrekte tall for konsultasjoner, behandlinger og annet medisinsk arbeid. Det økonomiske systemet er komplisert. Det handler om en lang rekke koder og takster som benyttes når Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) hvert år utbetaler store summer. Men i bunn og grunn er det hele veldig enkelt: Så lenge legene ikke misbruker tilliten de er blitt vist, er det ingen grunn til uro.

NRK Brennpunkt ønsket å undersøke hvordan dette systemet fungerer. I arbeidet med dokumentaren “Legekoden” har vi gjennomgått data fra 90 millioner fastlegeregninger og informasjon og refusjonskrav fra 9 700 leger i Norge. Disse datamengdene har deretter blitt systematisert i en database og dannet grunnlaget for å se på bruken av 15 milliarder kroner fra fellesskapets helsebudsjetter.

I tillegg skaffet Brennpunkt seg tilgang til en lang rekke interne dokumenter fra Avdeling for Klinisk patologi ved Vestre Viken Helseforetak, lokalisert på Drammen Sykehus. Dokumentene ga innblikk i hvordan takster og koder ble utnyttet av avdelingen.

Gjennom “Legekoden” har Brennpunkt avdekket betydelig svikt i offentlige kontrollrutiner og til dels omfattende misbruk av og triksing med refusjonsordningene, både blant fastleger og sykehus i Norge. Dette har gitt urettmessig økonomisk gevinst for enkelte fastleger og institusjoner som har utnyttet ordningene. I tillegg har vi vist hvordan grådighet har gått ut over enkeltmenneskers pasientsikkerhet. Avsløringene har berørt bokstavelig talt livsviktige funksjoner i samfunnet. Gjennom håndtering av store datamengder avdekker vi også hvilke fastleger som sykemelder mest og hvordan enkelte leger har gjort sykemeldinger til forretning med store konsekvenser for enkeltpasienter og samfunnsøkonomien i verdens mest ”sykemeldte” land. Dette arbeidet avdekket hvordan fem ulike tilsynsinstitusjoner i liten grad utveksler informasjon eller samkjører sin informasjon slik at fastleger som har satt liv og helse i fare hos enkeltmennesker får fortsette som før uten å bli avskiltet. Dette har skapt en nødvendig debatt om et takstbasert belønningssystem, kontrollrutiner og retningslinjer for bruk av refusjoner i helsevesenet. Spørsmålet vi sitter igjen med er krevende, men høyst berettiget: Kan vi stole på legene?

1.1 Ideen som startet det hele

Denne saken begynte egentlig i 2015. Da fikk Bjørn Olav Nordahl tipset som til slutt førte til nærmere 40 nyhetssaker om korrupsjon i byggesaksavdelingen i Drammen kommune. På sidelinjen satt Lise Ørbech og fulgte med på artikkelserien. Hun var da avdelingsleder ved Patologen på Drammen Sykehus og sterkt kritisk til forholdene på egen arbeidsplass.

Da hun endelig bestemte seg for å si fra om forholdene, var det Nordahl hun kontaktet, med bakgrunn i jobben som var gjort med korrupsjonssaken. Tipset fra Ørbech ble vårt første møte med det til dels innfløkte kodesystemet i sykehusverdenen. Her måtte vi ganske raskt lære oss å lese og tolke den såkalte “Poliklinikkforskriften”. Det er denne Avdeling for Patologi benytter når den skal sende regning til Helfo for alle undersøkelser som gjelder “ikke inneliggende pasienter”. Her finner man de mange takstene som gjelder for ulike pasientundersøkelser.

Vi skjønnte raskt at dette var et område som krevde presisjon og kunnskap. Vi skjønnte også at Helfo spiller en helt avgjørende rolle i norsk helsevesen. Staten er en “bank” som finansierer helsetjenester for 35 milliarder kroner hvert år. Det interessante var at banken i stor grad betalte ut milliarder av kroner basert på tillit.

Helfo har 22 filialer over hele landet. Det undret oss at etaten stort sett hadde fått ligge i fred for grundig innsyn fra journalister. Ikke til forkleinelse for en avdeling i Drammen, men Helfo finansierte kun poliklinisk virksomhet, lite av sykehusets øvrige drift. Men hvem var de andre som nøt godt av pengebingen? Jo, fastlegene var den største gruppen mottakere.

Her var det snakk om fem milliarder i året. Dermed gikk turen videre, inn på hvert enkelt fastlegekontor i Norge, der “de store pengene” befant seg.

Kontrollen var minimal sammenlignet med det vi så på andre samfunnsområder. Hvordan angriper vi dette? Og hva var det egentlig med avdeling for patologi i Drammen?

1.2 En øyeåpner

Arbeidet med tipset fra Lise Ørbech ble en øyeåpner og et lærestykke. Hun hadde ett utgangspunkt:

Det ble jukset med én bestemt kode ved avdelingen. Den heter *705R* i Poliklinikkforskriften. Det var denne som lærte oss til å forstå systemet, men aller mest: At mulighetene for å jukse hele tiden var til stede. For når det grunnleggende er tillit, ligger det i sakens natur at tilliten kan misbrukes. *705R* er en kode som kan brukes dersom patologene har såkalt “merarbeid” med en kreftprøve, det vil si arbeid som tar mer enn 30 minutter. Ørbechs påstand var at overlegene i Drammen systematisk jukset med denne taksten og dermed skaffet avdelingen penger fra Helfo som den ikke hadde krav på.

Merarbeidet i Drammen gikk ut på at man brukte “medsignering” på omtrent alle prøver. Det vil si to leger i Drammen signerte for å ha sett på prøvene, altså hadde man merarbeid. Dermed tikket *705R* automatisk inn i datasystemet som sendte regning til Helfo. Problemet var todelt, ifølge Ørbech.

For det første tok arbeidet ikke over 30 minutter og man hadde følgelig ikke krav på taksten.

Det andre og langt mer alvorlige, var dette: Legene som medsignerte på kreftprøvene, hadde faktisk ikke sett på dem. Man skapte dermed et inntrykk av stor pasientsikkerhet, mens det var det motsatte som var tilfelle.

I arbeidet med å avdekke og forstå hvordan dette fungerte, har vi benyttet oss av tradisjonelle metoder som ligger i den langsomme, undersøkende journalistikken. Det handler først og fremst om et grundig kildearbeid over tid. Vi startet med å kartlegge hvilke kilder som fantes. Vestre Viken Helseforetak er en virksomhet med over 9000 ansatte. Blant disse finnes det garantert folk som både vet om misforholdet og som har behov for å fortelle. Vi kan av hensynet til kildevernet ikke røpe for mye rundt denne prosessen. I dette tilfellet handler det om kommunikasjon med anonyme personer på anonyme epostkontoer. De første ukene visste vi faktisk ikke hvem vi kommuniserte med. Men vi fikk informasjon som kunne undersøkes og verifiseres. Vi opplevde på mange måter at kildene testet oss ved å gi oss brokker av informasjon som de ville se hvordan vi brukte videre i kildearbeidet. Spørsmålet var om vi bestod testen?

1.3 Kreft og juks i Drammen

De av oss som har jobbet med og under Kåre Valebrokk, vet hva som faktisk ligger i uttrykket “Det skal lukte øl av journalister etter lunsj”. Det betyr ganske enkelt at vi må lette på baken, komme oss ut av kontoret og møte folk, altså kilder. Mye av grunnlaget for at vi fikk innsyn i det indre liv på Avdeling for patologi i Drammen, ligger nettopp her. For den anonyme epostkontakten førte videre. Kildene fikk navn, først et fiktivt fornavn, “du kan kalle meg Espen”, til et ekte fornavn og til slutt fullt navn. Derfra gikk veien til det første møtet, på et relativt obskurt sted. Igjen ble det overlevert informasjon, denne gangen i form av papirer i ei plastmappe. “Kan dette være interessant?” Selvsagt. Og så var det takk for i dag. Slik fortsatt det i flere runder. Anonyme møter, nye drypp av dokumentasjon. Vi beskriver dette fordi det viser oss noe grunnleggende.

- Tillit må bygges.
- Det tar tid.
- Kildene må bli overbevist om at informasjonen brukes på best mulig måte.
- Det fører igjen til ny dokumentasjon.

Dette er ikke spesielt grensesprengene. Men i en verden hvor journalistikken har fått det stadig mer travelt og hvor det er stadig vanskeligere å flytte journalistene bort fra pult og skjerm, er det verd huske følgende: Det ligger fortsatt enorme muligheter i å møte folk ansikt til ansikt. For vårt vedkommende endte det med et uventet resultat. “Jeg tror kanskje du er interessert i denne”, sa kilden en sen søndagskveld med tett snøvær. Vi befant oss på et nytt og underlig sted. I hånden holdt vedkommende en harddisk. “Her er det meste du trenger. Si fra hvis det er noe mer.” Innholdet på harddisken var overveldende. Vi nevner punktvis noen få ting:

- En komplett lønnsversikt over samtlige ansatte ved Avdeling for klinisk patologi, inkludert samtlige tillegg og ytelser. Oversikten viste at det var store individuelle forskjeller og en påtagelig ulikhet i for eksempel bruken av tillegg for enkeltmedarbeidere. Her lå noe av selve motivasjonen for kodejukset.
- Personalmapper på overlegene. Disse viste hvordan tillegg var blitt gitt individuelt og argumentert for. Dette gjaldt særlig for overleger som hadde jobbet lenge sammen med avdelingssjefen. Kort fortalt: Det var en gruppe gamle kollegaer som holdt sammen.
- En oversikt over samtlige reiseregninger for samtlige overleger ved avdelingen. Disse var aktuelle fordi flere av de ansatte nevnte reising/kurs som et gode som har vært spesielt for Patologen i Drammen.
- Brev til politiet, der en overlege formulerte seg slik: “Jeg kjente altså til en praksis som feilaktig gav inntrykk av at vi hadde strengere kvalitetskontroll enn andre avdelinger og som brøt regelverket for finansiering. Selv oppnådde jeg økonomisk fordel av dette.”
- Avhørsprotokoller fra politiet som hadde avhørt de ansatte ved avdelingen.
- En komplett oversikt i excelformat hvor samtlige kreftundersøkelser utført ved avdelingen var brutt ned på den enkelte lege. Her kunne vi se hvem som hadde signert for hva, når det var signert og antallet prøver det var signert for. Tallenes tale var tydelig: Enkelte leger utmerket seg med et enormt antall signeringer og medsignaturer.
- Interne møtereferater hvor det tydelig kom fram uenighet rundt medsigneringsordningen.
- Eposter og annen korrespondanse.

Ved å kombinere den enorme informasjonsmengden på harddisken med opplysninger og dokumenter vi tidligere hadde hentet inn fra politiet, Helfo, helseforetaket, regnskaper, andre sykehus og en lang rekke muntlige kilder, satt vi igjen med et ganske slående resultat: Det ble jukset med kreftprøvene i Drammen. Etter at programmet “Legekoden” var sendt, fikk vi kontakt med Ellinor Seljeseth. Hun hadde opplevd å bli feildiagnostisert ved Patologen i Drammen. Og hun hadde en lang rekke permer med dokumentasjon. Ved å kombinere hennes papirer med vår egen dokumentasjon, så vi at det var de samme legene som gikk igjen. Altså, de legene som hadde et enormt antall medsigneringer, hadde også feildiagnostisert Ellinor. Det gjorde at vi noen uker senere kunne publisere *“Hver gang man får en ny kul, er det som å gå i sin egen begravelse.”* Saken var viktig fordi den viste at praksisen ved Drammen sykehus fikk alvorlige konsekvenser for enkeltpersoner. Som en følge av saken opprettet nå Fylkeslegen en egen tilsynssak mot Patologen i Drammen. Det er ennå ikke fattet vedtak i denne.

I slutten av februar kom revisjonsfirmaet PwC med sin rapport om kodejukset på Patologen. Rapporten som var bestilt av Vestre Viken Helseforetak, slo fast det vi allerede hadde visst en god stund. Patologen i Drammen hadde i perioden 2002 til 2017 urettmessig fått utbetalt et betydelig beløp fra Helfo. Likevel, det var ikke her de virkelig store pengene i Helse-Norge befant seg. Men vi hadde fått et skikkelig krasj-kurs i helseøkonomi. Det skulle bli nyttig når vi nå begynte å undersøke fastlegenes takstbruk.

1.4 Lukten av et større misbruk

Vi hadde altså blitt slått av følgende tanke: Hvis de virkelig store pengene som gikk fra Helfo befant seg hos fastlegene, burde det være mulig å få innsyn i overføringene. En regning sendt fra en lege til Helfo, bør i utgangspunktet være et offentlig dokument. Mens Bjørn Olav befant seg langt inne på patologen i Drammen, hadde Maria tatt fatt på det systemiske, men trengte hjelp. Etter gjennomgang av Helfos kontrollrapporter og normaltariiffen som beskriver hver enkelt av de rundt 170 takstene hadde hun fått los på to takster spesielt. Den ene var for såkalt *samtaleterapi* og den andre for *konsultasjoner over 20 minutter*. Her luktet det mulighet for misbruk lang vei og nå trengte hun tilgang til data og et overbevisende innsynskrav..

1.5 En tørr og triviell paragraf

I naboredaksjonen til Brennpunkt, *Digital Historiefortelling*, satt Espen med hodet langt nede i et helvete av et databaseprosjekt som han trengte en pause fra. Han følte seg for så vidt sikker på at deler av kommunalforvaltningen også kunne trenge en pause fra ham, så da Maria kom bort for å lufte et mulig fastlege-samarbeid var han lutrer øre.

Hun snakket i koder:

–2cd og 615. Går det an å få utlevert en liste over hvor mange ganger fastlegene har brukt disse takstkodene?

–Sikkert. Men kan vi ikke bare be om å få ut alt sammen?

–Blir det ikke veldig mye informasjon å lete gjennom?

–Det er hva vi har databaser til.

–Tror du vi får det?

–Vi bruker § 9.

Denne tørre og tilsynelatende trivielle paragrafen hadde nesten umerkelig funnet veien inn i lovverket for snart ti år siden. Den er et ektefødt barn av EUs viderebruksdirektiv,¹ men har kanskje ikke vekket den helt store entusiasmen blant journalister flest:

Alle kan krevje innsyn i ei samanstilling av opplysningar som er elektronisk lagra i databasane til organet dersom samanstillinga kan gjerast med enkle framgangsmåtar.²

1.6 Sykt mye informasjon

Utviklerne bak HELFOs fagsystem for administrasjon av utbetalinger må ha vært spesielt stolte av navnet de hadde gitt databasesystemet sitt. *“Kontroll og utbetaling av helserefusjoner”* fremstår riktignok ikke som noen merkevareruksess, men akronymet KUHR ble til gjengjeld et ordspill av de bedre.

KUHR inneholder sykt (!) mye informasjon. Folkehelse bruker data derfra til å overvåke smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet bruker systemet når de planlegger budsjetter, SSB lager nasjonal helsestatistikk og forskere bruker informasjon fra KUHR i ulike typer studier.

Og journalister..? De hadde vel egentlig aldri spurt om innsyn. Fram til nå.

Men så var det alle disse pasientene. De ville antakelig ikke likt at alskens liktær, herpesutbrudd, åpne sår og snodige føflekker ble med i databasedumpen til NRKs undersøkende redaksjon.

Her trengtes rett og slett litt tankevirksomhet rundt hvordan unngå å møte en vegg av taushetsplikt.

¹EU-direktiv 2003/98/EF om viderebruk av offentlig informasjon (eur-lex.europa.eu).

²Offentleglova § 9 (lovdata.no)

From: [Espen Andersen](#)
To: post@helfo.no
Bcc: [Maria Hasselgård](#); [Ståle Hansen](#)
Subject: Begjæring om innsyn i refusjonskrav fra fastlegene
Date: torsdag 1. februar 2018 12:59:00

Begjæring om innsyn i refusjonskrav fra fastlegene

Med hjemne i offentleglova §§ 3 og 9 ber vi om en sammenstilling fra HELFOs fagsystem for administrasjon og utbetaling av refusjonskrav.

Vi ønsker en oversikt over alle utbetalinger som er knyttet til refusjonskrav etter konsultasjon hos fastleger. For hver utbetaling ønsker vi følgende informasjon:

- Legens navn
- Unik ID på legen (fødselsnr, autorisasjonsnummer, organisasjonsnummer eller lignende)
- Legekontorets navn
- Unik ID for legekontoret (organisasjonsnummer)
- Tidspunkt for refusjon
- Takstkode
- Regningsnummer
- Refusjonsbeløp

Vi ønsker informasjon for årene 2015, 2016 og 2017.

Sammenstillingen bes utarbeidet på et passende maskinlesbart format som er egnet for gjenbruk (CSV-fil eller lignende). Vi går gjerne i dialog om hva som er praktisk mulig i forhold til eksisterende system og databaselayout.

Vennlig hilsen
Espen Andersen,
NRK Dokumentar og samfunn

Telefon: 911 58 223

Figur 1: Den første henvendelsen til HELFO, sendt 1. februar 2018. Vi er konkrete på hva vi ønsker av data, men åpner for videre dialog.

1.7 Å sladde 90 millioner regninger

Databaser gjør at en stakkars saksbehandler ikke selv ender opp hos fastlegen etter å ha forsøkt å tusje over taushetsbelagt informasjon i 90 millioner legereregninger. Han kan i stedet sladde alle regningene i én operasjon ved å instruere systemet om å utelate sensitive datafelter. Det gjør at journalister i teorien kan få ut detaljerte data fra noen av de mest sensitive datasamlingene som finnes.

Vi søkte derfor om innsyn i samtlige regninger til 9 700 leger i Norge over tre år og fikk data fra 90 millioner regninger i fanget. For å håndtere dette bygget vi en database.

2 Byggearbeidet

Offentlige data kommer sjeldent som ferdige databaser. Basen som dannet grunnlaget for arbeidet med “Legekoden” måtte bygges stein for stein.

Sammenstillinger kommer som oftest fra forvaltningen som vedlegg til en e-post — gjerne i form av en tekstfil eller et regneark.

2.1 For stort for regneark

Filene med Helfo-data var for store for vanlige regnearkprogrammer. De kom som tre tekstfiler, en for hvert av årene 2015, 2016 og 2017.

Viktigheten av en god databaselayout øker ved større datamengder og høy kompleksitet på spørringene. En kjøring som tar noen sekunder i det ene tilfellet kan ta timer og dager i et annet tilfelle.³

Datafilene fra Helfo består av én linje per takst per lege per praksis per år — til sammen 1,5 millioner linjer. Hver enkelt linje inneholder blant annet tall for antall unike pasienter som legen brukte den aktuelle taksten på, antall ganger taksten var i bruk av den aktuelle legen for det aktuelle året, antall regninger som inkluderte den aktuelle taksten og sum utbetalt refusjon for taksten.

```
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;H1;17;21;21;3192
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L1;274;714;714;12493
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L25;1;1;1;460
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L35ad;1;1;1;1255
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L35d;8;9;9;11451
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L36d;3;3;3;1903
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L4;88;145;143;10574
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L40;35;39;39;28452
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L8;14;15;15;2160
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;L9;21;22;22;3978
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;1ad;359;672;672;24666
7654321;Nordahl-Andersen;Maria;Legekontoret AS;987654321;1bd;742;1608;1608;102279
```

Figur 2: Helfo-dataene består av ca. 1,5 millioner slike linjer. Dette er et eksempel på hvordan filen ser ut. Alle linjene er delt inn i 11 felter, adskilt med semikolon. I dette eksempelet har vi brukt navn og ID på en fiktiv fastlege ved en oppdiktet praksis.

Filen gir oss harde fakta om legenes samlede aktiviteter i løpet av det aktuelle året. Det er mye som foregår bak hver linje i figur 2. Hvis du leser den gulmerkede linjen fra venstre mot høyre, får du følgende rekke med faktaopplysninger:

- Lege med autorisasjonsnummer **7654321** heter **Maria Nordahl-Andersen**.
- Linjen gjelder refusjoner hun krevde mens hun var tilnyttet “**Legekontoret AS**” med organisasjonsnummer **987654321**.
- Linjen gjelder utelukkende bruk av NAVs sykemeldingstakst **L4**.
- Hun ba om refusjon for takstkode L4 for totalt **88** pasienter.
- Hun har brukt L4 **145** ganger.
- Hun har sendt **143** regninger som omfattet takstkode L4.
- Hun tjente til sammen **10 574** kroner på refusjon av takstkode L4.

³Det er mange faktorer som spiller inn, men såkalt normalisering og indeksering av dataene er de to kanskje viktigste elementene i arbeidet med å optimalisere databaser.

I vårt arbeid med Helfo-dataene tilrettela vi dataene ved å legge dem inn i en tabellstruktur som var tilpasset de journalistiske undersøkelsene vi ønsket å gjøre (se figur 3).

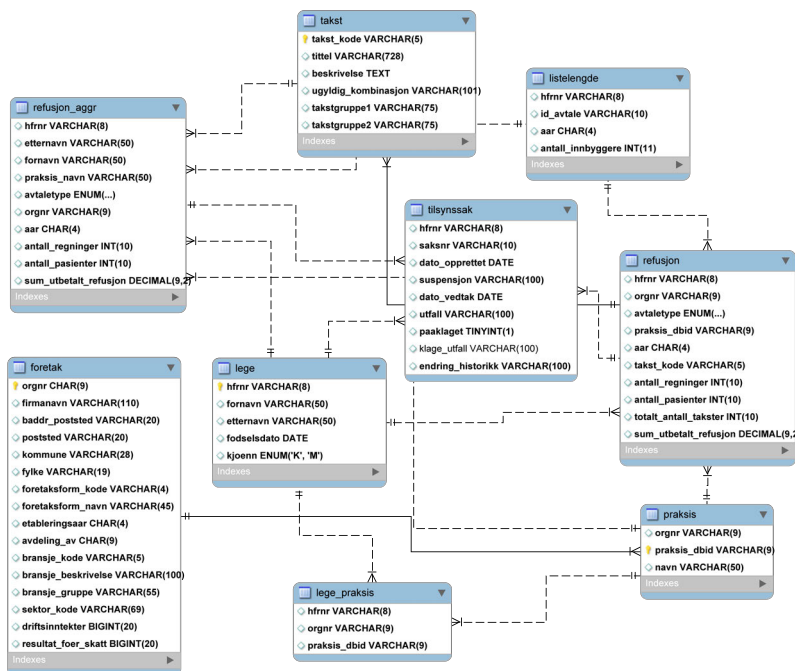
Vi delte opp dataene og laget egne tabeller for leger, legepraksiser og refusjoner. Slik beredte vi grunnen for påfølgende dypdykk i dataene, samtidig som det ble enklere å koble settet videre mot andre kilder.

2.2 Flere datakilder

Datasettet fra Helfo utgjorde grunnsteinen i databaseskjemaet. Men vi var på langt nær i mål med datainnsamlingen. Vi trengte supplerende datasett fra andre kilder.

- Fra **HelseDirektoratet** ba vi om å få utlevert et historisk datasett over hvor mange innbyggere alle fastlegene hadde på sine lister ved utgangen av hhv. 2015, 2016 og 2017.
- Fra nettsidene til **Autorisasjonskontoret for helsepersonell** skrapet vi ned informasjon om legenes alder og godkjenningsstatus.
- Fra **Helsetilsynet** ba vi om å få utlevert komplett datasett over hvilke tilsynssaker som ble registrert på fastleger i løpet av 2015, 2016 og 2017.
- Fra **Foretaksregisteret** hentet vi ned nøkkelinformasjon om legenes praksis, herunder foretaksform, geografisk plassering og regnskapstall.
- Fra **Lovdata** hentet vi taksthåndboken med liste over alle takstkodene og beskrivelsene av disse.

Med de nye dataene hadde vi fått en omfattende database bestående av ni tabeller (figur 3).



Figur 3: Tabellstrukturen for databasen bak “Legekoden”. Informasjon fra en rekke kilder er lastet inn og koblet mot det opprinnelige datasettet.

3 Undersøkelsene

I Douglas Adams' berømte bok "Hitchhiker's Guide to the Galaxy" setter en gruppe super-intelligente vesener datamaskinen "Deep Thought" på oppgaven med å finne svaret på "det ultimate spørsmålet om livet, universet og alt sammen". Etter 7,5 millioner år kom den med svaret, som var "42".

"I checked it very thoroughly," said the computer, "and that quite definitely is the answer. I think the problem, to be quite honest with you, is that you've never actually known what the question is."⁴

Datamaskiner svarer på det du spør om, selv når du ikke helt vet hva du spør etter. Det "Deep Thought" peker på, kan bli en kilde til katastrofe. Det er viktig å ha oversikt og et realistisk forhold til alt som kan gå galt på veien fra datasett til publisering.

I journalistisk sammenheng snakker vi av og til om å "intervjue dataene", ut fra ideen om at et datasett skjuler journalistiske poeng som man kan forløse ved nærmest å gå i dialog med materialet gjennom SQL-spørringer. Det er en ganske god beskrivelse — men bare hvis du tenker deg intervjuobjektet som en trassig fireåring som svarer i enstavelser.

3.1 Flere gullgruver

Etter å ha kartlagt hvilke leger som kunne være interessante å se nærmere på, kunne vi gå videre til postjournalene til Helfo, fylkesleger og Helsetilsynet. Her kunne vi så be om innsyn i alle vedtak som var blitt gjort på de som toppet statistikken. Databasen ble nærmest et kompass som kunne peke ut i hvilken retning vi skulle gå i byråkratiet, hvilke postjournaler vi burde finlese og hva slags dokumenter vi burde be om å få innsyn i.

Dermed oppdaget vi at det fantes flere gullgruver av informasjon, men hvor det sjelden bli gravd, for eksempel i Helfo-systemet eller NAV Kontroll.

Og det var da vi så sammenhengen mellom gjengangerne i våre datakjøringer og vedtakene i de offentlige etatene, at ting begynte å bli virkelig interessante.

Prosessen med å analysere Helfo-dataene var i realiteten et nitid arbeid med å finpusse spørringer. Hvilke avsløringer og misforhold ligger *egentlig* gjemt i tallene? Hvilke konklusjoner er rimelige å trekke, og når strekker vi strikken for langt?

Statsmannen Benjamin Disraeli gjorde det klart allerede på 1800-tallet at det finnes tre typer løgner: "Lies, damned lies and statistics". Han var kanskje inne på noe. Men det siste vi ønsket, var å gi ham rett.

3.2 Krasj og kontroll

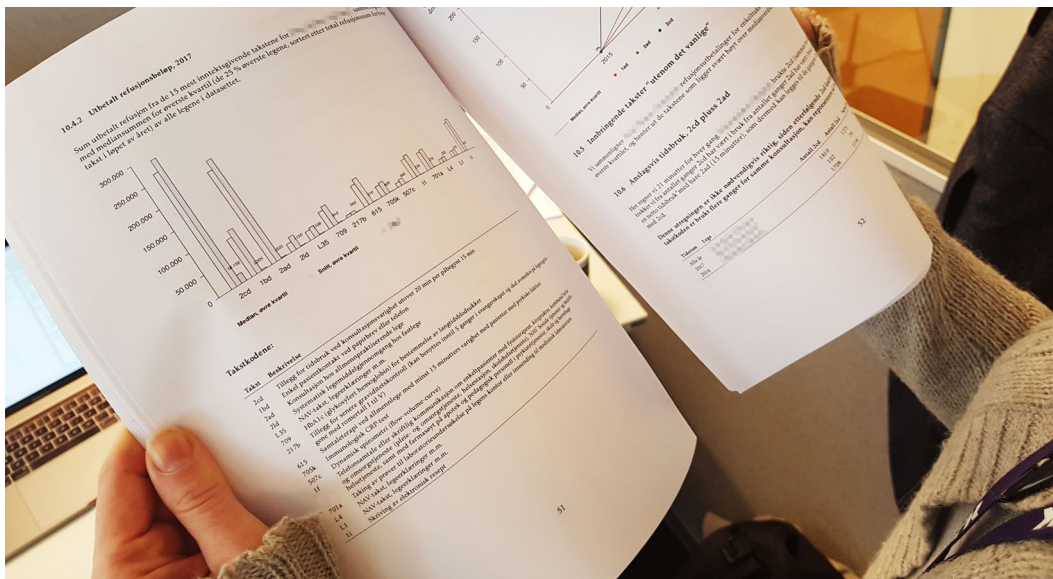
SQL er et universelt språk for å snakke med såkalte *relasjonsdatabaser*.

I arbeidet med "Legekoden" ble det skrevet mange tusen linjer med databasespørringer. Mange av dem var såkalte *kontrollkjøringer* eller *krasjtester*, der vi enten ville kontrollere utregninger og tall, eller rett og slett prøve å "krasje" våre egne funn ved å teste om sammenhenger kollapser eller endrer seg når vi tar hensyn til andre ting enn vi gjorde i den opprinnelige spørringen.

Vi har altså utviklet et eget spesialverktøy for å lage leservennlige researchnotater fra SQL-undersøkelsene. Skriptet *mkres*⁵ lager en leselig rapport med tekst, tabeller og grafikk fra en ellers nokså tungt tilgjengelig samling komplekse SQL-spørringer. Vedlegg M viser hvordan en SQL-spørring ser ut etter at *mkres* har konvertert den til tekst og grafikk. Vedlegg L er et eksempel på en av researchnotatene vi laget med *mkres*.

⁴"The hitchhiker's guide to the galaxy", ISBN 978-0345453747 – kapittel 28.

⁵Akronym for "Make Research", kildekode er publisert på github.com/espena/mkres.



Figur 4: Hovedresearchnotatet var på rundt 150 sider, og besto av høyttenkning, visualiseringer, tabeller og spekulasjoner. Vi kjørte over 9000 linjer med databasespørringer og kommentarer gjennom et hjemmesnekret dataverktøy for å bygge rapporten.

3.3 Max Otto peker ut den grådige fjerdedelen

Det var neppe mistanke mot hans egen lege som gjorde at økonomen Max Otto Lorentz utviklet den såkalte *Lorentz-kurven* i 1905.⁶ Men han var ute etter det samme som oss: Å finne en måte å visualisere skjevheter i pengefordeling.

Siden vi ønsket å se på hvordan pengene faktisk er fordelt blant legene, grep vi fatt i hans formel.

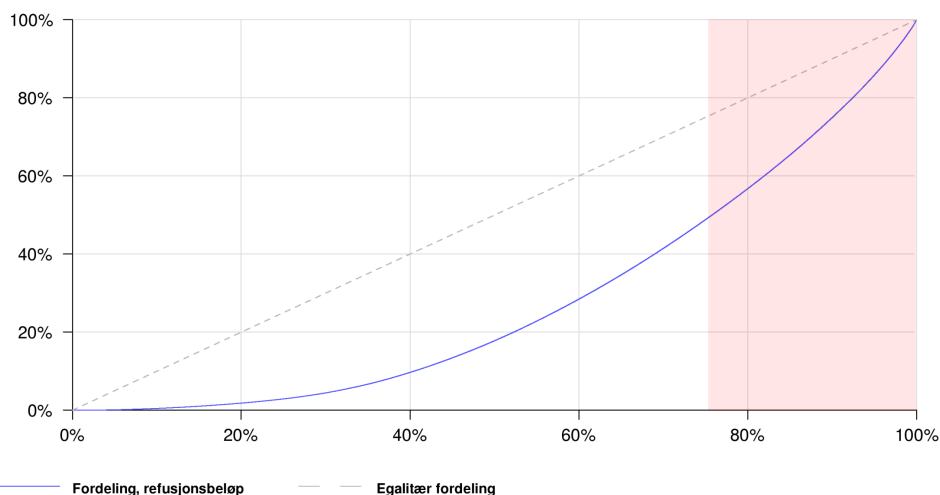
$$L(y) = \frac{\int_0^y x dF(x)}{\mu}$$

Figur 5: Formelen for Lorentz-kurven ser komplisert ut, men er egentlig enkel: Sorter legene stigende etter mottatt refusjonsbeløp. Start til venstre på X-aksen. For hver lege regner du ut *sammenlagt* refusjonsbeløp fra de foregående legene pluss gjeldende lege og deler på hva summen ville vært hvis alle hadde fått like mye (det vil si gjennomsnittet til nå, angitt med μ i formelen). Resultatet for hver lege plottes inn på Y-aksen slik at vi får en stigende kurve.

Lorentz-kurven viser oss altså hvor mye den reelle pengeutdelingen fra Helfo avviker fra en teoretisk (egalitær) situasjon hvor alle får like mye.

SQL-skriptet returnerte et datasett på 7318 rader. Ved hjelp av *mkres*, kjørte vi så resultatet videre inn i dataprogrammet Ploticus, som spyttet ut diagrammet i figur 6.

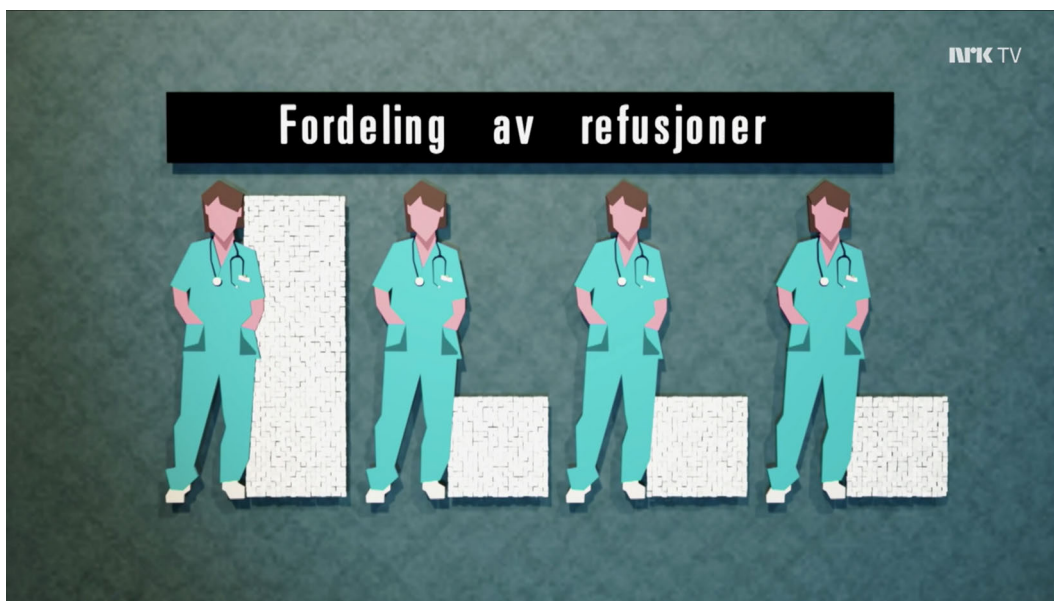
⁶en.wikipedia.org/wiki/Lorentz_curve



Figur 6: Lorentz-kurven i blått angir hvordan 5 mrd. skattekrone ble fordelt i 2017. Her ser vi at en fjerdedel av legene (rødt felt) fikk omkring halvparten av pengene. Den stiplede linjen viser hvordan kurven ville sett ut hvis alle legene hadde fått like mye.

Lorentz-kurven kan leses slik: 75% av legene (X-aksen) fikk 50% av pengene (Y-aksen). Dermed må de siste 25% legene (rødt felt) ha fått resten av pengene. Slik kom vi fram til et av hovedpremissene i “Legekoden”:

En fjerdedel av fastlegene stikker av med halvparten av pengene fra Helfo.



Figur 7: Lorentzkurven, slik den til slutt ble på TV. Fjernsynsgrafikeren ønsker her å formidle at en fjerdedel av legene tar med seg halvparten av pengene fra Helfo.

3.4 100 år tilbake i tid

Fordi fokus for kontrollregimet ofte ligger på takster som utgjør store utbetalinger, og hvor det er en kjent risiko for misbruk, har noen enkeltleger funnet frem til obskure takster som er verre å avdekke, og som de bruker hele tiden.

Vi ville finne takstkodene noen få leger anvendte mye mer enn alle de andre.

Det finnes en hundre år gammelt formel vi i dag kan bruke for å hjelpe oss med dette. Den såkalte gini-koeffisienten var opprinnelig designet for å måle fordelingslikheten av inntekt eller formue i en befolkning. Dersom gini-koeffisienten av formue er 0, har alle innbyggerne like mye; dersom gini-koeffisienten er (nesten) 1, er alt samlet på hendene til bare én innbygger.

Så, hvorfor ikke bruke gini-koeffisienten på noe helt annet enn penger? For eksempel på *fordelingen av enkelttakster* blant fastleger?

Vi laget et skript som gikk gjennom hver takstkode i databasen. For hver kode hentet vi ut alle legene som hadde brukt den aktuelle taksten, og i hvilket omfang de hadde brukt den. Fra disse dataene regnet vi ut gini-koeffisienten for alle de 169 takstkodene som var i bruk blant fastlegene i 2017.

Gini-koeffisienten for antallet enkelttakster per lege vil bli nær 1 i de tilfellene der noen svært få leger står for det store flertallet av refusjonskravene mot denne taksten. Slik kunne vi identifisere ivrig takstbruk ut over det normale — uavhengig av om taksten er mye eller lite brukt generelt.

| Kode | Tittel | Antall | Gini |
|------|---|--------|---------|
| 2kd | Skriving av opplysninger til nasjonal kjernejournal | 23313 | 0.90780 |
| 708c | Totalkolesterol | 12935 | 0.84620 |
| 708b | Analyse av ALAT og GT | 23505 | 0.84090 |
| 1bk | Enkel pasientkontakt ved brev eller telefon | 122810 | 0.80890 |
| 704k | Trichomonas vaginalis i sekret og “clue cells” | 3897 | 0.80100 |
| 2gd | Tillegg ved konsultasjon for fornyet vurdering | 2689 | 0.79400 |
| 705j | Mikroskopisk undersøkelse | 2379 | 0.78870 |
| 705i | Skabbmidd eller sopp | 4656 | 0.78280 |
| 2dk | Tillegg spesialistkompetanse allmenntidmedisin siste 5 år | 9796 | 0.78230 |
| 708d | Analyse av kreatinin | 24921 | 0.78190 |

Tabell 1: Tabellen viser de 10 takstene som noen få leger har brukt svært mye mer enn andre leger.

Slik fikk vi et godt utgangspunkt for videre journalistikk og mulige saker. Noe av takstbruken hadde en naturlig forklaring, mens bruken av andre takstkoder avslørte iøynefallende mønstre hos enkeltleger.

Listen over påfallende takstkodebruk ble en av kildene for å foreta spissere undersøkelser mot enkeltleger. Som det fremgår av tabell 1, var det flere takster som vekket vår nysgjerrighet.⁷ Vi studerte samtlige kontrollrapporter som Helfo hadde laget knyttet til misbruk av enkelttakster. Disse var ikke mange, men de ga oss en pekepinn på hvordan vi kunne spisse våre egne undersøkelser. I tillegg gjorde vi flere intervjuer med kilder i Helfosystemet for å forstå hvordan de tenkte og hvordan vi kunne komme oss enda lenger ned i materien.

Gini-koeffisienten er et nesten direkte uttrykk for hvilke takster det var stor sannsynlighet for at ble misbrukt, fordi den fremhever *skjevheten i bruksmønstret* uten å ta hensyn til hvorvidt taksten generelt brukes mye eller lite. Med denne kjøringen hadde vi aggregert oss oppover i datasettet. Vi hadde så å si forlatt enkeltlegene for først å identifisere risikotakstene. Nå var det på tide å snu og drille seg nedover igjen, på jakt etter navnene bak misbruket.

Parallelt med dataundersøkelsene hadde også tradisjonelt kildearbeid gitt avkastning i form av konkrete tips om leger vi burde ta en nærmere titt på. Gjennom intervjuer med

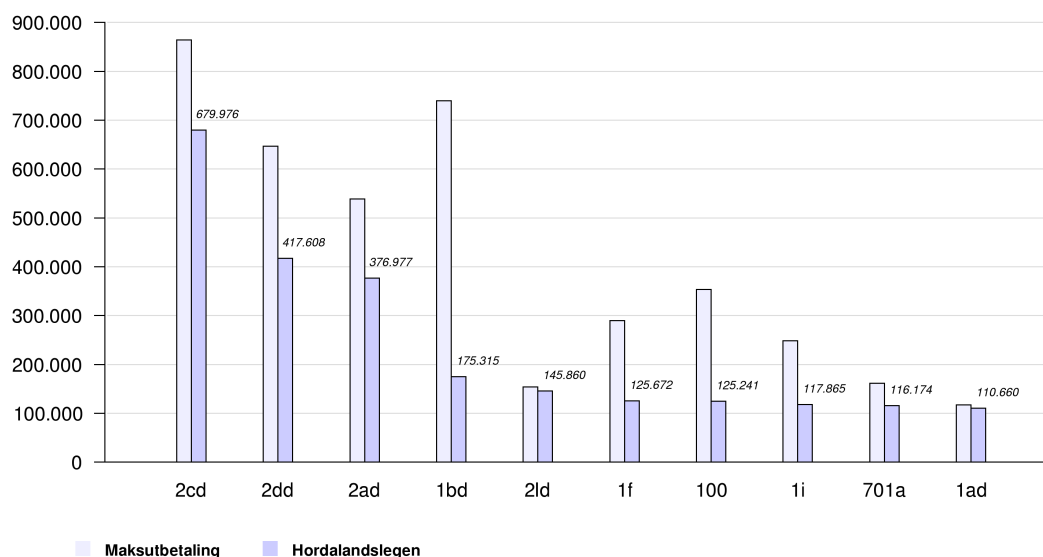
⁷Tabellen vi viser her er betydelig kortere enn tabellen vi brukte videre i undersøkelsen.

fastleger og besøk på legekontorer fikk vi innsikt i hverdagen deres, og kunne selv identifisere hvilke takster det var lettest å misbruke. Varslere ga tips om leger de hadde rapportert inn til Helfo og ga et detaljert bilde av hva de hadde sett som fikk dem til å reagere. En av disse kildene, assisterende kommuneoverlege Ola Jøsendal i Bergen, kjente igjen problemstillingen med mulig takstkode-triksing fra et legekantor på Radøy for snart 20 år siden. Den gangen varslet han myndighetene om mulig misbruk av takstkoder fra en navngitt enkeltlege der, men uten at saken fikk konsekvenser for vedkommende (se vedlegg C).

Den aktuelle Hordalands-legen nådde ikke opp til topps i noen av våre spørringer. Vi skulle etter hvert oppdage at det var en grunn til det.

3.5 Kollektivt hakeslipp

Vi hadde satt sammen en samling sorterte lister over legenes bruk av enkelttakster som vi tok med oss til Bergen. Da Jøsendal fikk se rapporten, la han straks merke til navnet på Hordalands-legen. Men han lå et stykke ned på listene våre, og fantes ikke i toppen av noen rangeringer. Andre leger var alltid “verre enn ham” (figur 8).



Figur 8: Hordalands-legen gjemte seg i skyggen av verstingene. Utbetalingene han fikk for enkelttakster (mørkeblå søyler) ble overskygget av andre leger med høyere utbetalinger (lyseblå søyler). Dermed forsvant han nedover på listene våre. Han lå alltid under de høyeste utbetalingene hvis vi kun så på enkelttakster.

Vi hadde fått tunnelsyn på vår ferd gjennom datasettet. Det var først under opptak av klippebilder til filmen at Maria oppdaget hvorfor Hordalands-legen fløy under radaren: Han “smurte utover”.

Vi hadde gjort noen overordnede SQL-spørringer foran kamera, for å illustrere arbeidet med dataene, da Maria med ett får øye på et kjent navn fra en dom i Sarpsborg tingrett fra 2017.

Den dømte legen røk rett opp på topp i vår rangering over refusjonsmottakere for 2015, før anmeldelsen fra Helfo kom. Han forsvant naturlig nok fra datasettet vårt da politiet igangsatte sin etterforskning i 2016 og han mistet jobben.

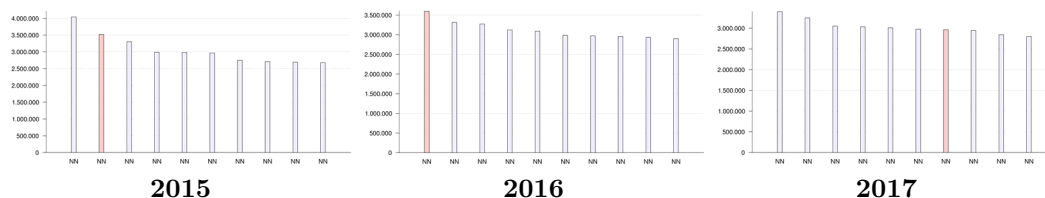
Men hvem overtok “førsteplassen” etter ham?

Vi fikk kollektivt hakeslipp da vi la opp en ny kjøring for 2016 på skjermen. Plutselig var Hordalands-legen på topp over alle legene i landet (figur 10). Dette var altså den samme legen som Jøsendal hadde varslet om 20 år tidligere, uten at det den gang fikk konsekvenser for virksomheten hans.



Figur 9: Teamet satte seg ned for å ta noen klippebilder fra databaseresearchen. Det som kun skulle være en fortellermessig rekonstruksjon for TV ble brått dataresearch i realtid. Maria fikk øye på noen kjente navn på veggen, og plutselig falt brikkene på plass.

I stedet for å overdrive bruken av noen bestemte takster, slik enkelte leger gjorde, lå Hordalands-legen generelt *nokså høyt på mange takster samtidig*. Ikke høyt nok til å skille seg ut i søk på enkelttakster, men mer enn nok til å gi ham en suveren førsteplass når vi slo sammen alle takstkodene for 2016 i samme tabell.



Figur 10: Summerte refusjonutbetalinger, de 10 høyeste for hvert år. Hordalands-legen er markert med rød søyle i diagrammene. Han var den fastlegen som mottok mest i refusjon i 2016. Legen som hadde førsteplassen i 2015, ble for øvrig anmeldt av Helfo, og senere dømt for grovt bedrageri. Året etter overtok altså Hordalands-legen førsteplassen etter ham.

3.6 Innsyn i et skjebnefelleskap

Søk i Lovdata viste altså at det på det aktuelle tidspunktet bare fantes to aktuelle saker i rettsapparatet mot leger som hadde misbrukt takssystemet, én i Asker og Bærum Tingrett og, som nevnt, én i Sarpsborg Tingrett. Ingen av legene var særlig interessert i å snakke med oss. Men det fantes en annen kilde som kunne gi oss en åpning, nemlig rettsboka. Her støtte vi på en tydelig inkonsistent praktisering av innsynsretten i det norske rettssystemet. Da vi ba om innsyn i rettsboka i Asker og Bærum, var det bråstopp. Vi ba om merinnsyn, uten å få gehør. Litt annerledes da vi henvendte oss til tingretten i Sarpsborg. Her fikk vi innsyn, og satt plutselig på nærmere 100 navn på pasienter, kollegaer, etterforskere, aktor, forsvarere osv. Vi tok oss tid til å kartlegge bosted, telefon og arbeid på de enkelte før vi tok kontakt med dem gjennom en betydelig ringerunde. Til slutt satt vi med det vi det som var målet vårt: Pasienter som var blitt utnyttet av legen slik at han hadde økonomisk gevinst av det. Vi ba de aktuelle pasienten om å kreve innsyn i journalene sine slik at vi kunne se

på enkelttakster sammen med dem og sjekke om de stemte med virkeligheten.

Underveis oppdaget vi at hypotesen vår stemte: Det var et skjebnefellesskap mellom lege og pasienter. Pasientgruppa til Sarpsborg-legen delte seg tydelig i to. Den ene grupperingen var begeistret for en lege som viste stor omsorg og brukte mye tid på mange undersøkelser av dem. De var mindre opptatt av om han jukset med takstene eller om undersøkelsene faktisk var nødvendige. Den andre gruppa bestod av folk som var forbanna. Kanskje ikke først og fremst på pengejukset, selv om det var alvorlig nok. Det var heller misbruket av tillit som førte til raseriet. Ikke minst gjaldt det misbruk av takster hvor barna deres var involvert. Andre igjen hadde en interessant, overordnet tilnærming. De ville være med å belyse saken fordi de hadde et samfunnsansvar, og var tydelig på at “slikt gjør man ikke med fellesskapets midler”. Se artikler på nrk.no, vedleggene F og C.

3.7 Ikke grovt bedrageri?

Etter hvert som enkeltleger dukket opp i kjøringene våre, måtte vi sjekke og dokumentere avvik hos hver enkelt av dem. Avisartikler, sosiale medier, spesielt Facebook der både legene og deres pasienter stort sett befant seg, ble brukt til å se hva slags hverdag de levde. Kunne f.eks en takstbruk som tilsa 12 timers arbeidsdag, knapt uten ferie, forenes med facebookbilder fra lange sydenturer? Vi konfronterte hver aktuelle lege og ba dem legge fram sin dokumentasjon på at de ikke hadde misbrukt systemet. Samtalene ble foretatt både på telefon og mail, og ble dokumentert. Legen som hadde tatt ut mest fra Helfo de siste årene, måtte vi til slutt oppsøke en morgen på jobb for å få tilsvaret til materialet vårt. Det skjedde etter at han hadde unnlatt å svare oss i flere uker. Det viste seg at han hadde betalt tilbake tre ganger beløpet som er grensen for ”grovt bedrageri”. Men han var ikke anmeldt eller etterforsket, og fortsatte i legejobben ufortrødent.

Gjennom kommentarfeltet både på Facebook, men også på www.legelisten.no og gjennom NRK-kolleger på Marienlyst og distriktskontorer, fikk vi tak i pasienter av de mistenkte legene.

De fleste var ikke klar over retten til innsyn i egen pasientregning. Vi utformet et standardbrev som de kunne sende inn til Helfo slik at de kunne sjekke at deres pasientbesøk var korrekt ført av legen. På denne måten kunne vi kontrollere enkeltlegers taksbruk eller misbruk.

3.8 Nyttige regnskaper

Hva tjener egentlige norske fastleger? Dette er et komplisert spørsmål. Skattelister gir sjelden gode svar. Der finner man skattbar inntekt, altså hvilken sum fastlegene skatter av etter fradrag for utgifter. Dessuten er svært mange fastleger bare registrert med enkeltmannsforetak uten offentlig tilgjengelige regnskaper. Men det finnes leger som har organisert seg med aksjeselskaper, og regnskapene fra disse er tilgjengelige i Brønnøysundregistrene. Så det var bare å sette igang. Vi kjørte topplisterne våre mot Brønnøysundregistrene for å se hvor mange av legene med høyest refusjon fra Helfo som hadde aksjeselskaper. Resultatet var overraskende. Relativt mange hadde valgt denne organisasjonsformen.

Regnskaper er nyttige. Enda nyttigere er notene hvor man både spesifiserer lønnsutgifter, eierforhold og ikke minst utbytte. Det skulle vise seg at flere av dem som toppet refusjonssstatistikken, hadde en særdeles offensiv utbyttepolitikk. Over år dreide det seg om uttak av titalls millioner kroner, noe som igjen var med på å underbygge hypotesen vår. Nemlig at det var en sammenheng mellom svært høy taksbruk og personlig inntekt. Dermed kunne vi også se at motivene til fastlegene ikke bare lå i den hippokratiske ed, men også i det økonomiske.

3.9 Mellom flere stoler

Vi begynte å nærme oss valide data. Leger med navn og lege-id, adresse og telefonnummer pekte seg ut. Men det er slett ikke ulovlig bare å *peke seg ut* — eller jobbe mye, for den saks skyld.

Spørsmålet var: Hvilke fastleger var fanget opp av systemet, enten på grunn av økonomiske misligheter eller alvorlige brudd på helsepersonelloven? Hvem fortsetter ”som sør” og like interessant, hvem burde vært fanget opp?

Det er fem instanser som kontrollerer legene. Fylkesmannen, Helsetilsynet, Helsepersonellnemnda som har hovedansvaret for faglig tilsyn, NAV som har ansvaret for sykemeldingstakstene og Helfo som har ansvaret for tilsyn av takstbruk og økonomisk oppfølging.

Gjennom innsynsbegjæringer hos ulike instanser kunne vi sette sammen informasjonen det senere skulle vise seg at byråkratiet selv ikke satte sammen, noe som gjorde at legene kunne ”fortsette som før”. Så også ”Hordalandslegen”. Her var det ikke bare Helfo som hadde bedt om tilbakebetalinger, men to alvorlige saker i Statens Helsetilsyn kunne leses i titalls sider med byråkratidokumenter. Men fylkeslegen i Hordaland var foreløpig uvitende, det skulle endre seg.

Men først til metoden. Fastleger har varierende antall pasienter på listene sine og disse listene er heller ikke alltid stabile over tid. I mange av utregningene måtte vi kontrollere for antall pasienter de hadde på lista for å få relative og ikke absolutte tall. Som vi beskrev på side 7, måtte vi komplettere datasettet vårt med informasjon fra fastlegedatabasen til Helsedirektoratet samt en sammenstilling fra Helsetilsynet over samtlige tilsynssaker som var åpnet mot norske fastleger i samme periode.

- 2528 tilsynssaker kom til Fylkeslegene mellom 2015 og 2017.
- 1/8 av disse gikk videre for vurdering i Statens Helsetilsyn.
- 50 allmennleger mistet autorisasjonen sin.

Vi ønsket svar på hvem disse ”farlige” legene var. Og hva som skulle til for å bli avskiltet? Handlet det ganske enkelt om de legene som hadde forsvunnet fra helsepersonellregisteret? Vi brukte to metoder for å finne svaret. Først så vi på hvilke leger (identifisert med legeID) som fantes i vårt datamaterialet i 2015 og sjekket så hvem som forsvant ut av datasettet i 2016 og 2017, korrigert for avgang ved pensjon eller andre årsaker. Dernest ba vi om innsyn i alle tilsynssaker mot fastlegene. I skrivende stund er dette materialet ikke publisert, men researchen var i gang i januar 2019. Og den viser at det er forsvinnende få leger som ”blir tatt”

Tilbake til Hordalandslegen. ”Legekoden” illustrerer også hvor dårlig etatene faktisk snakker sammen. Dagen etter Brennpunktprogrammet tok fylkeslegen i Hordaland kontakt med Helfo:

”Vi har nok mistanke om hvem dette er, men vil gjerne ha litt mer opplysninger fra Helfo”, stod det i mailen.

Vi hadde vist detaljert gjennomgang av legens takstbruk, tilbakebetalinger til Helfo. Dokumentasjon på flere svært alvorlige saker lå også hos Helsetilsynet. Men det var ikke før Brennpunkt hadde satt sammen informasjonen fra de ulike instansene, at det ble åpnet tilsynssak.

3.10 Leger på tilbudssiden

Norge har høyest sykefravær i hele verden. Det har vist seg vanskelig for politikere som ønsker å bli gjenvalgt, å ta tak i sykelønnsordningene. For å unngå debatten, har avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-svtalen) blitt løsningen for å få folk raskt tilbake i jobb. Da reforhandling av IA-avtalen stod på dagsorden høsten 2018, fikk heller ikke denne gangen avtalen mye oppmerksomhet. Men siden vi hadde et dataverktøy tilgjengelig som beskrev de som faktisk skriver ut mesteparten av sykemeldingene, spurte vi oss selv:

Hvilken informasjon får vi om sykefraværet ved å spørre databasen? Hvilke fastleger sykemelder mest og hvorfor? Har myndighetene laget et takstsystemet som motarbeider deres eget mål om å redusere sykefraværet?

Det var viktig å se på to takstkoder: **L1** og **L4**. De handler begge om å skrive ut sykemeldinger. L1 dreier seg om vanlig sykemelding, en korttidssykemelding. L4 indikerer en langtidssykemelding og utløses sammen med L1 hver gang en pasient passerer 7, 17

eller 39 ukers sammenhengende sykemelding, fordi legen da er forpliktet til å gi utfyllende informasjon til NAV.⁸

3.10.1 Populær eller portvokter?

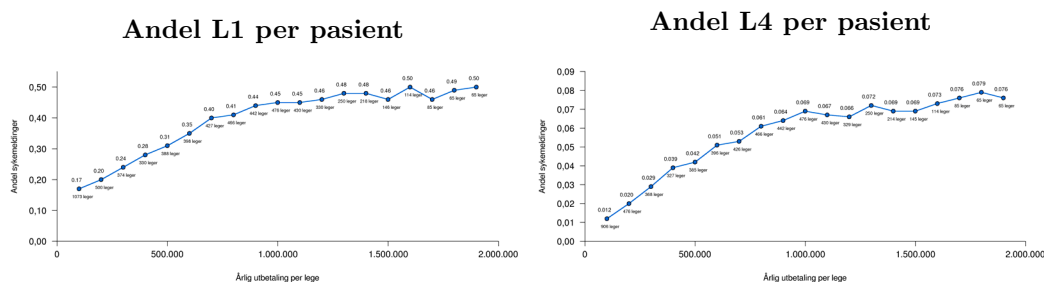
Igjen hadde vi behov for støttelkilder for å stille presise spørsmål til databasen. To forskere ble spesielt viktige. Det var Arnstein Mykletun, leder av ekspertutvalget fra 2010 som skulle komme med tiltak for å redusere sykefraværet. Det la grunnlaget for IA-avtalen. Simen Markussen og Frischsenteret hadde også gjort viktige undersøkelser.⁹

Det ble tydelig for oss at vi her hadde et “marked” der enkelte fastleger konkurrerer om pasientene, og innbyggerne velger selv den “beste” legen. En nærliggende tanke for oss var at leger i en slik konkurransesituasjon i større grad kvier seg for å si nei hvis pasienten ønsker en sykemelding, for å unngå at denne bytter til en annen og mer medgjørlig fastlege. “Markedslegen”¹⁰ som ønsker størst mulig inntjening vil tilpasse seg takstsystemet — en rolle som kommer i konflikt med myndighetenes behov for fastleger som *portvoktere* for blant annet å avverge urettmessig bruk av trykkesystemet.

Dette burde i så fall være synlig i datasettet ved at fastleger som topper listen over utbetalinger fra Helfo *også har en høyere relativ bruk av sykemeldingstakstene*.

Vi laget en SQL-spørring som delte legene inn i grupper etter total refusjonsutbetaling. For hver gruppe regnet vi ut median¹¹ av *andel sykemeldingstakster per behandlet pasient*, og plottet verdiene inn i kurvediagrammet i figur 11.

Vi gjorde den samme spørringen mot *både* L1 og L4 — noe som var avgjørende for å imøtegå deler av den kritikken som senere skulle komme mot vår utregning fra Legeforeningen.



Figur 11: Vi delte legene inn etter mottatt refusjonsbeløp i 2017, og regnet ut hvor ofte de brukte sykemeldingstakstene L1 og L4. Sammenhengen viste seg å være veldig tydelig.

Ut fra disse beregningene kunne det se ut som om at leger som innkasserte 1,5 millioner kroner i refusjon, brukte L1-taksten rundt dobbelt så ofte som leger som krevde 300 000 kroner i refusjon. Bruken av L1 stiger med størrelsen på refusjonsbeløpet til legene.

Vi fant den samme tendensen for L4-takstene. Alle kjøringene er gjengitt i researchnotatet i vedlegg L.

⁸I legenes datasystem er det gjerne slik at legene automatisk blir spurt om flere detaljer når en sykemelding passerer 7, 17 eller 39 uker – da utløses samtidig takstkode L4 sammen med L1.

⁹Se www.frisch.uio.no/publikasjoner/?pubid=1315

¹⁰Frischsenterets begrep

¹¹Median er det midterste verdien når man sorterer tallene. I denne utregningen bruker vi median i stedet for vanlig gjennomsnitt for å redusere påvirkningen fra enkeltleger med ekstremt lav eller høy takstbruk.

3.10.2 Motstand fra tall og legeforening

En problematisk side av kjøringen er at hver L1-takst kan representere ulike lengder på sykemeldingene.

Rent praktisk kan en lege velge å sykemelde pasienten i to uker med det samme, og kreve bare én L1-takst, eller sykemelde den samme pasienten i to omganger på én uke hver for så å skrive to L1-takster for samme sykemeldingsperiode. *Nettopp derfor var det svært nødvendig å også sjekke L4.* I motsetning til L1 er L4 knyttet til sykemeldingens faktiske varighet.

Siden kurvedigrammene i figur 11 stiger kraftig for begge takstkodene, følte vi at vi til en viss grad hadde kontrollert for den usikkerheten som knytter seg til L1 og sykemeldingsperiodenes varighet.

3.10.3 “En svak forståelse av datagrunnlaget”

Legeforeningen ble kontaktet allerede i april 2018 med forespørsel om samtale som kunne gi innsikt i våre datakjøringer. Henvendelsen ble først avslått. Et nytt forsøk ble ikke en gang besvart.

I stedet for å delta i en offentlig debatt, benyttet de seg av sin lukkede Facebookgruppe for allmennleger for å hindre debatten. Fastleger ble oppfordret til ikke å bidra i vårt arbeid.

Strategien gjentok seg da vi jobbet med sykemeldingene. Samme dag som vi publiserte våre funn rundt legenes bruk av sykemeldingstakster, la leder i Allmennlegeforeningen ut et innlegg mot Brennpunkt på en lukket Facebookgruppe. Innlegget er gjengitt i vedlegg K.

Vi sendte derfor spørsmålene på mail og fulgte opp med et researchnotat om hvordan vi hadde gjort utregninger og laget grafene våre.

Like fullt var konklusjonen deres at vår fremstilling var skjev, og at sammenhengene som NRK mener å påvise etter foreningens vurdering var basert på “*en svak forståelse av datagrunnlaget*”.

Argumentene fra Legeforeningen kunne summeres slik:

- For å ha en fastlegeliste, må man ha minst 500 pasienter. Dette er en listestørrelse som blant annet er vanlig for universitetsansatte og forskere innenfor allmennmedisin.
- Ved ikke å skille ut de som er fastleger i bistillinger, vikarer eller turnusleger vil man gi feilinformasjon om at det er en sterk relasjon mellom fastlegenes uttak av refusjonssinntekter og sykmeldingsaktivitet fordi disse er mindre tilgjengelige for pasienten.

For å imøtegå Legeforeningens innvendinger gjorde vi følgende krasjtest:

- Vi tok ut alle leger uten egen fastlegeliste
- Vi tok ut alle leger med færre enn 500 innbyggere på fastlegelisten

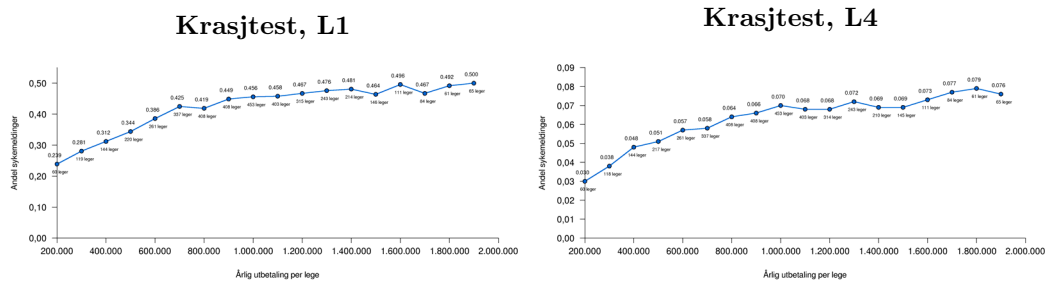
Resultatet er vist i figur 12.

Spørsmålet var selvsagt om denne nye kjøringen ville oppheve den sterke sammenhengen mellom refusjonsutbetaling og bruk av sykemeldingstakster.

Hadde vi nå fått to horisontale linjer, ville sykemeldingsprosjektet vårt i praksis vært over. Men linjene steg fortsatt betydelig. På grunn av at vi har fjernet de minst aktive legene, starter kurven nå på 200 000 kroner.¹²

Disse funnene ble presentert i eget innslag på Dagsrevyen 10. januar, med tilhørende net-artikler på nrk.no, se vedleggene G og H. Da Dagsnytt 18 trommet sammen til sykemeldingsdebatt dagen etterpå, stilte Allmennlegeforeningen til slutt i debatt for å diskutere funnene

¹²Intervaller med færre enn 50 leger er ikke med i kjøringen, derfor forsvant den nederste 100 000 kronersgruppen.

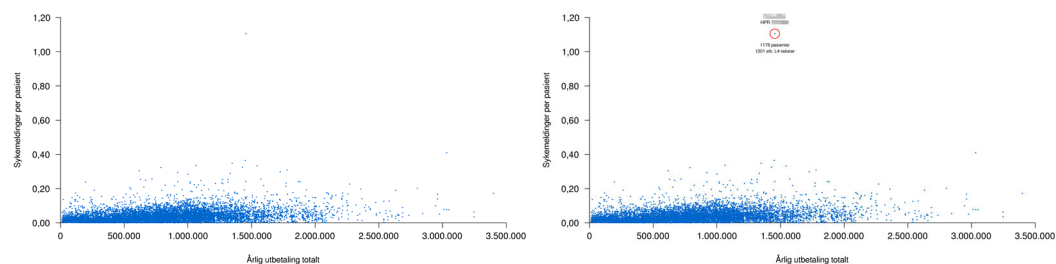


Figur 12: Samme kjøring som i figur 11, bortsett fra at leger uten fastlegeliste eller med færre enn 500 innbyggere på listen er tatt ut. L1 er vanlig sykemeldingstakst, L4 utløses ved lengre sykemeldingsperioder.

og mulige løsninger. Men det er likevel et faktum at Legeforeningen systematisk har undratt seg debatt om de offentlige midlene som faktisk finansierer dem. I stedet for å delta i en åpen samtale om et viktig tema, har fagforeningen lukket debatten inne i egne FB-grupper. Se for eksempel vedlegg K.

3.11 “Flekk på utskriften” var ekstrem sykemeldingspraksis

Vi var i ferd med å undersøke sammenhengen mellom legenes totale Helfo-utbetalinger i 2017 og bruken av sykemeldingstaksten L4, da vi plutselig fikk øye på noe helt spesielt i et av diagrammene.



Figur 13: Hver prikk er representert av en fastlege. Jo høyere opp prikken står, dess flere 7-, 17-, eller 39-ukerssykemeldinger har legen skrevet per pasient. Får du øye på den enslige legen på diagrammet til venstre? Til høyre er vedkommende markert og merket med legens navn og HPR-nummer (anonymisert her).

Spredningsdiagrammer er fine for å få en magefølelse av hvordan dataene ser ut, eller for å sjekke at kartet stemmer med terrenget etter at vi har gjort egne kjøring. Nå hadde en malplassert liten prikk plutselig dukket opp helt øverst i et av dem (til venstre i figur 13) – langt over alle de andre legene. Et lite øyeblikk tenkte vi at laserskriveren hadde satt flekker på utskriften — men vent litt!

3.11.1 Sprengte taket

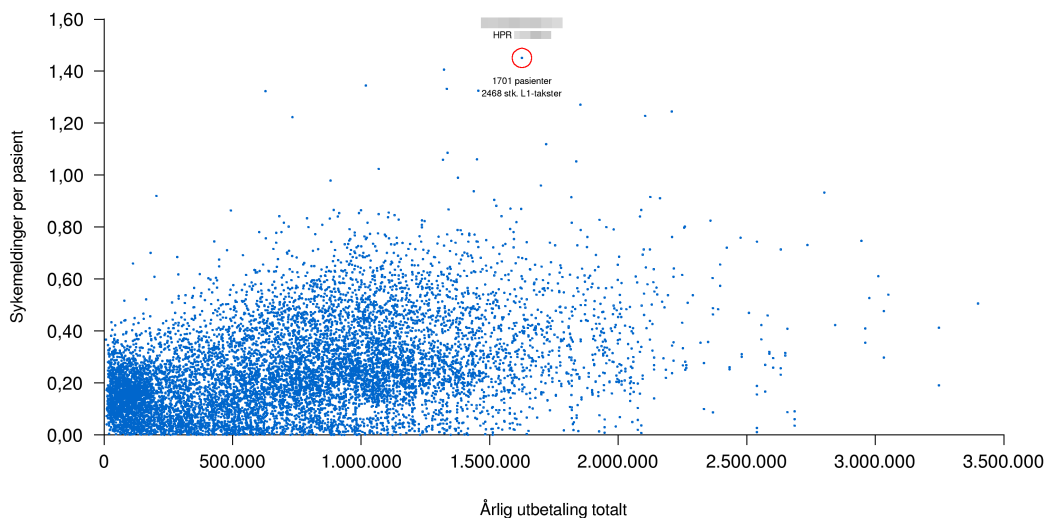
Ved nærmere øyesyn så vi at skriveren slett ikke hadde skylden.¹³ Den viste seg å være et helt spesielt tilfelle, der én lege brukte sykemeldingstaksten L4 ekstremt mye mer enn sine kolleger, og sprengte nærmest taket på grafikken.

¹³Ploticus har klemt diagrammet sammen i høyden for å få plass til ekstremtilfellet på Y-aksen. Visualiseringen forandret seg fullstendig da vi tok bort denne ene legen.

Vi omprogrammerte Ploticus til å skrive ut diagrammet til høyre i figur 13, denne gangen med navn og HPR-nummer på legen. Utrolig nok oversteg antallet L4-sykemeldinger det totale antallet enkeltpasienter vedkommende hadde behandlet det aktuelle året.¹⁴

Men hvordan var det med den andre taksten, **L1**? Den utløses hver gang legen fyller ut et sykemeldingsskjema, ikke bare etter et gitt antall uker slik som L4. Var den samme legen på topp også her?

Vi kjørte det samme SQL-skriptet gjennom *mkres*, men byttet til takstkode L1. Skriptet returnerte grafikken i figur 14. Denne gangen var det en annen lege som kom på topp, med mer enn 1,4 sykemeldinger per behandlet pasient i 2017.



Figur 14: For den andre sykemeldingstaksten, **L1**, var det et tettere løp i toppen. En annen lege tok førsteplassen, med 2468 sykemeldinger og 1701 pasienter til behandling i 2017. Det gir et snitt på 1,45 sykemeldinger per pasient.

Disse funnene var i seg selv interessante, men det var først da vi koblet funnet videre mot andre tabeller i databasen vår, at vi sperret opp øynene.¹⁵ Det skulle vise seg at de to legene, som skilte seg ut på bruken av hver sin sykemeldingstakst, hadde en fellesnevner.

Begge hadde sin praksis ved to forskjellige legekontorer, *men begge befant seg på det samme tettstedet i Bergensområdet.*

Som nevnt på side 8 har SQL-basen fungert som et kompass for å kunne navigere i offentlige etater. Så også denne gangen. Med navn på ekstrem-legene, HPR-nummer og fødselsdato, gikk vi nå løs på Fylkeslegen, Helsetilsynet, NAV-kontroll og Helfo og bad om sammenstillinger av alle dokumenter knyttet til de nevnte legene.

Vi visste fra før at Helfo, Fylkeslegen og Helsetilsynet flommer over av gode saker dersom man vet helt presist hva man skal lete etter. At NAV Kontroll i tillegg viste seg å tilby grønne enger for nyhetsbeitende journalister, var en ny erfaring. NAV er naturlig nok svært restriktivt med å utlevere informasjon som kan bidra til å identifisere pasienter og klienter. Men når det gjelder vedtak knyttet til enkeltleger eller annet helsepersonell, er det ingen brems.

I denne prosessen fikk vi innsyn i en lang rekke dokumenter og vedtak knyttet til de to legene. Dette skjedde utelukkende fordi vi hadde databasen å navigere med og kunne gjøre

¹⁴Vi har anonymisert legen her.

¹⁵Vi koblet spørringen videre mot tabellene `lege_praksis` → `praksis` → `foretak` for å finne ut mer om de aktuelle legene. Se databaselayouten på side 7.

presise søk. Det var i denne prosessen vi fant to interessante brev, ett kom fra bemanningsbyrået Skuteviken Personell som varslet om den ene legens sykemeldingspraksis knyttet til bygningsarbeidere. Det andre kom fra Pasient- og brukerombudet i Hordaland fra en pasient som følte seg økonomisk utnyttet av legen sin samtidig som han ble sykemeldt av den samme legen.

Nå rullet snøballen for alvor. Ved hjelp av kilder i byggebransjen og bemanningsbransjen kom vi over et system der sykemeldinger ble misbrukt av østeuropeiske bygningsarbeidere i samarbeid med én enkelt lege. (vedlegg J).

4 Konsekvenser

Prosjektet ble presentert som en 52 minutter lang dokumentar på NRK Brennpunkt i mai 2018. Samtidig har vi laget nyhets saker og reportasjer til radio, tv og nett. På grunn av metodisk innsynsarbeid i ulike etater, direktorater og tilsyn, kobling av enorme datamengder, samt dialog med materialet, kunne vi sette fastlegenes refusjonsordninger under debatt. Vi har vist hvordan det er liten eller ingen kontroll med 15 milliarder helsekroner og hvordan de ulike forvaltningsnivåene ikke kommuniserer med hverandre. Det har blant annet ført til:

- Politikere ropte på flere anmeldelser av fastleger som jukset, andre tok til orde for å endre lønningssystemet med økt bruk av fastlønn.
- Forskere tok kontakt med ønske om å drive forskning på datamaterialet vi satt på.
- Forskningsmiljøets kom også med utspill om at også Helfo må bruke såkalte “big data” for å bedre kontrollene sine, slik som Brennpunkt-journalistene hadde gjort.
- Sakene om legenes sykemeldingspraksis har ført til stor debatt, blant annet i Dagsnytt 18 og i sosiale medier.
- Stortingsrepresentant og helsepolitisk talsperson for SV, Sheida Sangtarash, har stilt helseministeren spørsmål om sykemeldingspraksisen til norske fastleger og foreslår samtidig å innføre fastlønn i større grad for disse legene.
- Professor Arnstein Mykletun (sykemeldingsutvalget) tar til orde får å endre dagens refusjonssystem ved å gjøre det mer lønnsomt for fastleger å bruke bedre tid med pasienten for å unngå å sykemelde.
- Fylkeslegen i Hordaland og etatssjefen for helsetjenester i Bergen kommune ønsker begge å følge opp Brennpunkts datakjøringer som viser hvordan enkeltleger utmerker seg med svært unormalt høy bruk av sykemeldingstakster.
- Brennpunkts avsløringer har også vist hvor dårlig de ulike forvaltningsnivåene snakker sammen når leger misbruker takster. Både Bergen kommune og Fylkeslegen i Hordaland vil nå endre praksis allerede før sakene er publisert. På grunn av programmet tok Helsetilsynet/Fylkeslegen også kontakt med Helfo for å følge opp leger som Brennpunkt hadde avslørt.

Brennpunkts arbeid har ført til at fastlegenes takstbruk er blitt satt i søkelyset på en helt ny måte. Vi har vist svakheter ved et tillitsbasert system der det er milliarder i omløp, og vi har pekt på konsekvensene av dette, at tillit både kan og blir misbrukt. I tillegg har vi pekt på løsninger, for eksempel fastlønn.

I fase to av arbeidet har vi fokusert på en av de største samfunnsutfordringene nå og i fremtiden, nemlig det store sykefraværet. Vi har funnet misbruk og ekstremtilfeller, men også stilt et helt grunnleggende spørsmål: Er stykkprisfinansieringen av fastlegenes tjenester forenlig med det politiske målet om å få ned sykefraværet?